****

Scolarité 3e cycle

Tél. : 0590 48 30 18

Fax : 0590 48 30 28

**COMMENT REMPLIR LA FICHE D’INSCRIPTION**

**À LA SOUTENANCE DE MÉMOIRE-RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Date de soumission :

**L’étudiant**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | |
| Numéro de téléphone : | |
| Adresse électronique : | |
| Je certifie que cette fiche d’inscription à la soutenance de mémoire a bien été validée par mon directeur de mémoire avant soumission (cochez la case). |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semestre en cours :** | **Novembre 201 ……... à Avril 201 ……...** | |
| **Session envisagée :** | **🖵** | **Octobre 201 ……...** |
|  | **🖵** | **Avril 201 ……...** |

**Le Directeur de mémoire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | |
| Fonction :  Numéro de téléphone :  Adresse électronique : | Signature |

**TITRE DU MÉMOIRE**

|  |
| --- |
| *Clair, exact et concis.* |

**THÉMATIQUE DE RECHERCHE (Nomenclature MeSH)**

|  |
| --- |
| *Renseigne sur le ou les domaines généraux dans lesquels s’inscrit votre travail. L’utilisation de locutions ou mots clés MeSH (*[*http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm*](http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm)*) est recommandée.* |

**JUSTIFICATION DE VOTRE TRAVAIL**

|  |
| --- |
| **Motivations, position du problème :** |
| **Lien avec la Médecine Générale :** |
| **Perspectives, bénéfices attendus :** |

**HYPOTHÈSE(S)**

|  |
| --- |
| *Ce paragraphe formule une ou plusieurs hypothèses de travail en relation avec la position du problème abordé. Une hypothèse est une proposition, une présomption, permettant de mieux comprendre le problème, mieux le traiter, mieux le connaître… En somme, c’est ce que vous souhaitez démontrer. Il est recommandé d’avoir une hypothèse par projet.* |

**QUESTION(S) DE RECHERCHE**

|  |
| --- |
| *Renseigne sur la ou les questions de recherche posées afin de tester la ou les hypothèses formulées ci-dessus. La question doit être formulée de telle façon que l’hypothèse lui répond. Il est recommandé d’avoir une question par projet.* |

**OBJECTIF(S)**

|  |
| --- |
| *Renseigne sur l’objectif principal et éventuellement les objectifs secondaires du projet. Ils doivent être clairs, concrets, réalistes, et aussi précis que possible. Il est recommandé d’avoir un objectif par projet (constat → hypothèse → question → objectif). Ce paragraphe débute par un verbe à l’infinitif (analyser, évaluer, estimer, explorer…).* |

**RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE INITIALE**

|  |
| --- |
| *Citez au moins quatre références bibliographiques essentielles qui attestent qu’une revue de la littérature a été faite au préalable (format Vancouver).* |

**MÉTHODOLOGIE DE L’ÉTUDE**

|  |
| --- |
| **Type d’étude :**  *Type d’étude : méthode envisagée pour répondre à la question posée (quantitative ou qualitative), si quantitative préciser le type d’enquête épidémiologique choisie.* |
| **Échantillonnage :**  *Échantillonnage : modalités d’échantillonnage et nombre de sujets à inclure.* |
| **Plan de recueil des données :**  *Plan de recueil des données : description succincte des modalités de collecte des données.* |
| **Plan d’analyse des données :**  *Plan d’analyse des données : modalités d’analyse de ces données.* |

**ÉTHIQUE**

*L’objectif est ici de s’assurer que votre projet tient compte des diverses mesures visant à respecter la protection des personnes participantes. La conformité au cadre éthique et réglementaire est indispensable, en particulier s’il y a ambition de publication.Si une soumission à un comité d’éthique, un CPP ou à la CNIL s’avère nécessaire, le Département de Médecine Générale s’engage à vous accompagner dans toutes les procédures réglementaires.*

|  |
| --- |
| Votre travail soulève-t-il un questionnement éthique, juridique ou réglementaire ? |
| Nécessite-t-il d’être soumis à l’avis d’un comité d’éthique ? |
| Nécessite-t-il d’être soumis à l’avis du comité de protection des personnes (CPP) ? |
| Nécessite-t-il une démarche auprès de la commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL) ? |

**PUBLICATION**

*Si la publication d’un article à partir de votre mémoire est envisageable, le Département de Médecine Générale s’engage à vous accompagner dans la rédaction de cette publication. Toute publication tirée d’un mémoire ayant été réalisé avec l’aide d’un ou plusieurs membres du Département de Médecine Générale doit faire apparaitre ce ou ces membres en co-auteurs.*

|  |
| --- |
| La publication d’un article à partir de ce mémoire est-elle envisageable ? |

**Le Coordonnateur du Diplôme d’Etudes Spécialisées de Médecine Générale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avis favorable** |  | **Signature et observations** |
| **Avis défavorable** |  |



Scolarité 3e cycle

Tél. : 0590 48 30 18 / 0590 48 30 25

Fax : 0590 48 30 28

###### APPROBATION DE LA SOUTENANCE DE MEMOIRE

Je soussigné, …………………………………………….………………………………………

Sollicité pour assurer la direction du mémoire de fin d’études spécialisées en Médecine Générale

de Mme/M ……………………………………………………………………………………..,

Interne en DES de Médecine générale,

Certifie avoir autorisé la soutenance du mémoire intitulé :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Auprès du Département Universitaire de Médecine Générale des Antilles.

Fait à …………………………………………………………………………………………….

Le .. / .. / ….

Signature :